PROPOSITIONS

N° 61.

DE

MÉDECINE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 3 avril 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ÉLÉONORE COMBETTE, d'Ornans,

Département du Doubs;

Interne des hôpitaux et hospices civils de Paris; Ancien Élève de l'École Pratique; Membre de la Société anatomique, etc.

Amicus Socrates, amicus Plato, sed magis amica veritas.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, *Examinateur.*
Hygiène	DES GENETTES, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Président.* JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL, *Suppléant.* ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS, *Examinateur.* DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque, *Examinateur.*	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin, *Suppléant.*
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau, *Examinateur.*
Dubois.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS.

A MONSIEUR MARJOLIN,

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris; Chirurgien en chef de l'hôpital Baujon, etc.

Témoignage de ma vive reconnaissance.

É. COMBETTE.

Je saisis avec empressement cette occasion de témoigner publiquement ma reconnaissance aux professeurs distingués qui m'ont honoré de leur bienveillance, et m'ont éclairé par leurs conseils et leur expérience : MM. *Marjolin*, *Rostan*, *Lallement*, *Kapeler*, *Richerand* et *Jobert* ont droit à toute ma gratitude. Placé dans les hôpitaux sous leur direction, ils ont dirigé mes premiers pas dans la carrière médicale, et m'ont ouvert le chemin du vaste champ de l'observation.

PROPOSITIONS

DE

MÉDECINE.

I. Les fluides, dans l'économie animale, peuvent être altérés et devenir le point de départ de phénomènes morbides ; mais les solides en sont beaucoup plus souvent le siége, parce qu'ils sont plus animalisés, et que, par leur organisation et leurs fonctions, ils se trouvent placés plus immédiatement sous l'influence des agens extérieurs.

II. Tous les organes peuvent être primitivement malades ; mais ceux dont les mouvemens organiques se font avec le plus d'activité, tels que le poumon, la membrane muqueuse gastro-intestinale, etc., le sont le plus souvent.

III. Comme tout phénomène physiologique a sa raison dans l'organisation à l'état normal, tout phénomène morbide a la sienne dans les altérations organiques.

IV. Il me semble peu rationnel de vouloir rapporter toutes les maladies à l'unité, l'inflammation, puisque les mouvemens organiques varient non-seulement en plus et en moins, mais encore suivant la contexture si variée des divers organes, et probablement suivant beaucoup d'autres causes que nous ne connaissons pas.

V. Tout phénomène morbide local a sa cause dans une lésion locale. Les phénomènes généraux peuvent être indirects ou de réaction,

c'est-à-dire produits par une lésion locale réagissant, par le moyen des sympathies, sur les grands centres nerveux, sur les organes de la circulation, etc. ; alors ils varient suivant que la lésion est plus ou moins considérable, suivant le siége que celle-ci occupe, et suivant la sensibilité des individus. Ils peuvent aussi être produits directement. S'ils sont intermittens, irréguliers, comme dans la fièvre pernicieuse, dans les fièvres intermittentes en général, il faut en rechercher la cause dans le système nerveux. Dans les cas de cette espèce, l'anatomie pathologique ne nous apprend rien ou très-peu de chose ; la lésion doit être fugace comme le symptôme. Si les phénomènes généraux sont constans, si à une grande prostration se joignent des troubles fonctionnels graves qui ne peuvent se rapporter à aucune lésion locale bien caractérisée, il faut alors en rechercher la cause dans l'altération des liquides ; c'est ce qu'on observe dans beaucoup de cas de fièvres typhoïdes, de typhus, de fièvres puerpérales, etc. : l'anatomie pathologique semble confirmer cette opinion.

VI. La couenne dans le sang est un indice presque certain d'un travail inflammatoire ; on l'observe surtout dans l'inflammation des membranes séreuses et des organes parenchymateux.

VII. L'hémorrhagie cérébrale survient rarement chez les femmes avant l'époque critique, et chez les hommes avant l'âge de cinquante ans. Elle coïncide très-souvent avec un état pléthorique général, et je ne l'ai jamais vue survenir que chez des individus sains et habituellement bien portans. Les aliénés n'en sont presque jamais atteints, quoique, chez eux, un état habituel de congestion cérébrale semble les prédisposer à cette affection.

VIII. On a cherché à résoudre cette question, qui, du reste, me paraît peu importante : l'hémorrhagie cérébrale se fait-elle par exhalation, ou par rupture des vaisseaux? Il me semble que l'exhalation ne peut avoir lieu que sur des surfaces libres, et non dans le parenchyme des organes. D'ailleurs, la pulpe cérébrale n'offrant que bien

peu de résistance aux parois des vaisseaux, ceux-ci doivent avoir une très-grande tendance à se rompre quand ils sont fortement distendus, et principalement chez les vieillards, parce qu'alors ils jouissent de moins d'élasticité. Il est possible que ce soit là une des causes pour lesquelles cette maladie est propre à la vieillesse.

IX. Le plus ordinairement son invasion est brusque et soudaine, et n'est annoncée par aucun symptôme précurseur; quelquefois elle est précédée par de la céphalalgie, des vertiges, des étourdissemens; toutefois ces cas m'ont paru comparativement très-rares. J'ai eu occasion de voir des individus qui se sont tout à coup sentis frappés de paralysie, conservant toute leur connaissance, et ne paraissant éprouver aucun symptôme du côté du cerveau. Mais il est vrai de dire que, dans la plupart des cas, les malades tombent subitement sans connaissance, et sont sous le coup d'une forte congestion cérébrale; lorsque l'hémorrhagie n'est pas considérable, la congestion diminuant bientôt et disparaissant ensuite, la connaissance revient avec les facultés intellectuelles, mais la paralysie continue.

X. Si dans une hémiplégie récente on voit le malade de nouveau perdre tout à coup connaissance, la paralysie devenir générale, avec résolution complète du sentiment et du mouvement, c'est qu'alors l'hémorrhagie a fait irruption dans les ventricules, et la mort en est la conséquence certaine.

XI. J'ai toujours trouvé le foyer hémorrhagique du côté opposé à la paralysie. Je l'ai trouvé le plus souvent occupant la couche optique, quelquefois le corps strié; mais, à l'exception de l'effet croisé dont j'ai parlé, je n'ai jamais remarqué de rapports constans entre le siége de l'hémorrhagie et celui de la paralysie.

XII. L'hémorrhagie cérébrale peut se terminer par résolution. Si elle est petite, tout le sang est résorbé, et il ne reste qu'une cicatrice qui laisse voir après la mort une trace celluleuse linéaire; dans ce cas,

la paralysie guérit : mais si l'hémorrhagie est grande, la déperdition de substance l'est en proportion, et celle-ci, après la résorption du sang, est remplacée par une poche celluleuse remplie de sérosité ; dans ce cas, la paralysie est incurable. L'hémorrhagie cérébrale se termine très-promptement par la mort toutes les fois qu'elle fait irruption dans les ventricules, ou bien lorsqu'elle a envahi une grande partie d'un hémisphère. Elle tue immédiatement quand elle a son siége dans la moelle allongée ; j'en ai observé un exemple chez une idiote qui mourut subitement. Elle est toujours très-grave toutes les fois qu'elle occupe les parties centrales de l'encéphale.

XIII. Le ramollissement du cerveau qui ne succède pas à l'hémorrhagie cérébrale a plus souvent son siége vers la périphérie de l'organe que dans le centre. Dans le ramollissement primitif, la contracture précède la paralysie ; au contraire, dans le ramollissement consécutif à l'hémorrhagie, la paralysie a précédé la contracture.

XIV. Le développement lent et graduel des symptômes du ramollissement fera toujours distinguer aisément cette maladie de l'hémorrhagie cérébrale.

XV. L'hémiplégie a toujours son point de départ dans le cerveau ou le cervelet ; elle est le résultat ou de la compression par un liquide épanché, le sang, le pus et la sérosité ; ou de celle produite par des tumeurs développées dans l'épaisseur de ces organes, ou dans leurs enveloppes, telles que les tubercules, le cancer du cerveau, les tumeurs fibreuses de la dure-mère, les kystes hydatiques ou autres, etc. ; ou bien encore elle est le résultat de la destruction d'une portion plus ou moins considérable de la substance de ces mêmes organes, comme dans l'atrophie partielle, dans le ramollissement, dans la gangrène, etc.

XVI. La proposition précédente donne la raison des différences qu'on remarque dans le mode de développement de la paralysie ; et

l'on peut voir que celle-ci n'est qu'un symptôme que le médecin ne pourra combattre avec avantage, s'il ne sait apprécier la cause qui le produit.

XVII. Quand une lésion organique se développe avec beaucoup de lenteur et graduellement, elle peut acquérir un volume considérable sans déterminer des troubles fonctionnels bien apparens. Le contraire a lieu si elle survient rapidement : cela est sensible surtout pour les organes de l'encéphale. Une hémorrhagie cérébrale du volume d'une noix déterminera immédiatement la paralysie, la perte de connaissance, un état comateux complet, etc. ; tandis qu'on voit des tumeurs d'un volume considérable, ou la présence de tubercules nombreux dans le cerveau, déterminer à peine quelques dérangemens dans l'appareil locomoteur. L'histoire de la jeune fille qui a vécu sans cervelet, et dont j'ai publié l'observation, me paraît un exemple frappant de la vérité de cette proposition.

XVIII. Les étourdissemens fréquens, les attaques épileptiformes accompagnent souvent les lésions organiques du cerveau.

XIX. L'épilepsie incurable est presque toujours suivie d'idiotisme et de paralysie. Le cerveau des épileptiques m'a souvent paru plus consistant qu'à l'état normal. Les lésions organiques qu'on y rencontre quelquefois doivent être considérées moins comme la cause que comme l'effet de l'épilepsie.

XX. L'aliénation mentale, comme toutes les névroses en général, tient à une modification dans l'innervation, que nos moyens d'investigation ne nous permettent pas encore d'apprécier. Le secret de cette énigme est probablement dans notre ignorance sur l'organisation et la physiologie du système nerveux.

XXI. Je pense qu'on a beaucoup trop étendu le domaine des névroses, et qu'on a souvent considéré comme telles des maladies qui en diffèrent essentiellement.

XXII. Dans un cas de tétanos spontané, j'ai trouvé le cordon antérieur de la moelle ramolli. On trouve dans les Archives de médecine un cas absolument semblable, rapporté par le docteur *Poggi.* D'après ces faits et beaucoup d'autres analogues, ne pourrait-on pas regarder le tétanos comme étant le résultat d'une lésion de la moelle, et surtout du ramollissement inflammatoire?

XXIII. Si avec de violentes douleurs de tête il survient une agitation extrême, du délire, ensuite le collapsus, un état comateux, on a eu affaire à une méningite; et, à l'autopsie, on trouve du pus en nappe sous l'arachnoïde, et de la sérosité purulente dans les ventricules. Mais si les douleurs de tête ont été d'abord suivies de contracture, de soubresauts dans les tendons, ensuite de collapsus et d'un état comateux profond, on a eu à traiter une céphalite, et, à l'ouverture, on trouve ordinairement la substance grise du cerveau ramollie; on la déchire lorsqu'on enlève la pie-mère, et toute la substance cérébrale est sablée de sang.

XXIV. Des frictions avec la pommade stibiée faites sur le cou avec persévérance, et continuées pendant long-temps, ont guéri un œdème de la glotte qui revenait périodiquement tous les hivers depuis plusieurs années.

XXV. Chez les enfans qui sont affectés du croup, M. *Kapeler* fait faire immédiatement sur le cou une application de douze à dix-huit sangsues, et y revient au besoin; il prescrit en même temps une potion émétisée, de manière à faire prendre six à huit grains de tartre stibié en vingt-quatre heures. J'ai vu obtenir de cette médication les plus heureux résultats.

XXVI. Si le diagnostic de la pneumonie présente ordinairement peu de difficulté chez les adultes, il n'en est pas de même chez les vieillards et chez les enfans. Cette maladie est extrêmement fréquente chez les vieillards, pendant l'hiver seulement, et chez eux elle existe

le plus souvent à l'état latent. Souvent il n'y a ni douleur de côté, ni toux, ni expectoration ; les malades sont couchés sur le dos, et ne se plaignent de rien. La chaleur de la peau, la sécheresse de la langue, sont les seuls indices d'un travail inflammatoire, et encore n'existent-ils pas toujours. L'auscultation et la percussion sont donc alors les seuls moyens d'arriver au diagnostic ; et si l'on n'apporte la plus scrupuleuse attention, on ne reconnaît la pneumonie qu'à l'amphithéâtre. J'ai rencontré très-fréquemment la pneumonie chez les enfans, et surtout à la suite d'épidémies de rougeole; chez eux non plus il n'y a pas de point de côté, ni d'expectoration sanglante, et l'auscultation et la percussion ne fournissent que des signes au moins très-équivoques. La percussion donne presque toujours un son clair, qui seulement varie d'intensité. A l'auscultation on trouve la respiration bruyante, précipitée, accompagnée de beaucoup de râle, râle muqueux et crépitant à grosses bulles : mais tous ces signes peuvent exister dans la bronchite. Dans le doute, on devra se conduire comme si on était sûr de l'existence de la pneumonie, surtout s'il y a beaucoup de réaction et si l'enfant éprouve une grande difficulté à respirer. Dans des cas de cette nature, je me suis souvent applaudi d'avoir pratiqué une et quelquefois plusieurs saignées du bras, d'une à deux onces, et je ne doute nullement que la saignée ne puisse être employée, chez les enfans, avec avantage dans beaucoup d'autres cas.

XXVII. On doit être sobre de saignées dans le traitement de la pneumonie chez les vieillards. Il vaut mieux les répéter que de les faire trop abondantes.

XXVIII. A l'hôpital Saint-Antoine, M. *Kapeler* traite la pneumonie et la pleurésie par des saignées abondantes et répétées, autant que l'indiquent la réaction et les forces du malade. Il administre en même temps l'émétique en lavage à la dose de six à neuf grains par jour. Cette médication m'a paru, dans la plupart des cas, très-avantageuse. Mais, dans ce traitement mixte, on ne sait à qui accorder le

bénéfice de la guérison. Toutefois la convalescence est plus prompte et plus franche que dans le traitement par les antiphlogistiques seuls.

XXIX. L'égophonie est un signe qui manque souvent dans l'hydrothorax.

XXX. L'asthme des vieillards est presque toujours dû à une lésion organique du cœur ou des gros vaisseaux : le refroidissement de l'atmosphère en est ordinairement la cause déterminante. La saignée, les révulsifs sur les membres inférieurs et sur la région du cœur, et surtout l'influence d'une douce chaleur, sont les moyens par lesquels on devra chercher à combattre cette affection.

XXXI. La dilatation des bronches et l'emphysème pulmonaire sont consécutifs aux accès d'asthme souvent répétés, et d'effet ils peuvent devenir cause.

XXXII. J'ai vu plusieurs fois, chez les vieillards, l'hypertrophie du cœur, ou tout autre obstacle à la circulation, déterminer la stase mécanique du sang dans les poumons, et donner lieu à tous les signes physiques de la pneumonie : matité, râle crépitant, souffle bronchique, crachats sanglans d'une nature particulière. Dans les cas de cette espèce, il faut recourir à la saignée, si les forces du malade le permettent, et surtout aux révulsifs énergiques vers les extrémités.

XXIII. La rougeur de la tunique interne des artères n'est pas toujours un signe de l'inflammation de cette membrane : elle peut être produite par la stase mécanique du sang, comme celle qu'on remarque presque toujours dans la membrane muqueuse gastro-intestinale, chez les individus morts d'affections organiques du cœur.

XXXIV. Chez un individu mort d'une gangrène du pied gauche,

j'ai trouvé l'artère iliaque externe droite oblitérée complètement par un caillot fibrineux, et une oblitération semblable, mais plus récente, de l'artère fémorale gauche. Le pied droit avait été menacé de gangrène; mais la circulation s'étant rétablie par les anastomoses, les accidens disparurent de ce côté.

XXXV. Le diagnostic de la péricardite est ordinairement très-difficile. Cependant si, avec des symptômes généraux, on observe une grande irrégularité et des intermittences dans les battemens du pouls; si les battemens du cœur sont irréguliers, tumultueux et profonds; si le malade éprouve une grande anxiété, de la difficulté dans la respiration, et que l'auscultation ne fasse rien reconnaître du côté de la plèvre et du poumon, on est à peu près sûr qu'il y a péricardite.

XXXVI. On observe rarement la gastro-entérite chez les vieillards; et, pendant deux ans que j'ai passés à la Salpêtrière, je n'y ai pas vu un seul cas de dothinentérie. Les affections de la membrane muqueuse gastro-intestinale sont, au contraire, extrêmement fréquentes chez les enfans : c'est qu'à cet âge la vie est plus active dans cet appareil d'organes.

XXXVII. Chez les individus morts de fièvre typhoïde, j'ai toujours trouvé des ulcérations vers la fin de l'iléum; mais dans ces cas, à mon avis, la lésion locale n'a pas justifié la gravité des symptômes.

XXXVIII. Cette maladie porte avec elle un caractère de spécificité; et, quoique variant beaucoup chez les différens individus, elle se traduit toujours par une physionomie particulière qu'il serait difficile de méconnaître : rien n'est fixe et positif dans son traitement.

XXXIX. J'ai vu, chez une femme âgée, un bouchon de matières fécales donner lieu à une constipation opiniâtre, et déterminer ensuite tous les accidens de l'étranglement, et la mort.

XL. A la suite de la péritonite, on voit quelquefois survenir des abcès dans les fosses iliaques, et l'on regarde comme un accident heureux l'ouverture de ces abcès dans l'intestin. Dans les cas de cette nature, ne serait-il pas rationnel de donner issue au pus par une incision pratiquée le long de la crête de l'os des iles.

XLI. Le squirrhe de l'estomac ne paraît déterminer le vomissement qu'en apportant un obstacle mécanique au passage des alimens. Toutefois, j'ai toujours trouvé le pylore libre quand ce symptôme a manqué.

XLII. Chez les individus morts à la suite de vastes brûlures, on trouve toujours la membrane muqueuse gastro-intestinale injectée partout d'un rouge vif, et une sécheresse remarquable dans tous les tissus.

XLIII. Une vaste brûlure de la tête et du cou a suspendu des attaques fréquentes d'épilepsie pendant toute sa durée. Quand elle fut guérie, l'épilepsie reparut.

XLIV. La variole est beaucoup plus grave chez les adultes que chez les enfans.

XLV. Dans les grands établissemens d'enfans, on observe presque toujours les maladies régnant épidémiquement : ce sont surtout les maladies éruptives.

FIN.